

UNIVERSITÉ DE GENÈVE - FACULTÉ DE MÉDECINE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - PROFESSEUR CHÉRIDJIAN

Contribution à l'étude
de la
Tuberculose laryngée et de son traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Abdel-Hamid ABDALIASLIM (ABDALIASLIM)
d'Assiout (Egypte)

LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

Contribution à l'étude
de la
Tuberculose laryngée et de son traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

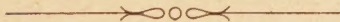
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Abdel-Hamid ABDALIASSELIM (ABDALA
d'Assiout (Egypte)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur Z. Chéridjian, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 16 octobre 1931.

Le Doyen :

Eug. BUJARD.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de ma reconnaissance filiale pour leur bonté infinie.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

En témoignage d'une grande affection.

A SON EXCELLENCE DOCTEUR SHAKINE PASHA

Sous-Secrétaire d'Etat à l'Hygiène

A qui l'Egypte est reconnaissante des progrès qui, sous son impulsion compétente, ont été apportés à la salubrité publique et à l'Enseignement médical en Egypte.

A SON EXCELLENCE ABDEL-FATTAH ASSAL BEY,

Consul d'Egypte à Genève

Tous mes vifs remerciements et ma sincère gratitude pour les services qu'il m'a rendus et la sympathie qu'il m'a toujours témoignée pendant mon séjour d'étude à Genève.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Z. CHÉRIDJIAN

Nous tenons à lui témoigner ici notre
reconnaissance pour son Enseignement
clinique et pour nous avoir suggéré le
sujet de cette thèse.

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la
TUBERCULOSE LARYNGÉE et de son TRAITEMENT

Introduction

En entreprenant notre thèse sur le sujet de la tuberculose laryngée, nous n'avons nullement pour objectif de révéler des faits nouveaux. Mais cette affection représente une complication si redoutée, et les moyens préconisés pour lutter contre elle sont aujourd'hui si variés, qu'il nous a paru intéressant de faire une étude de l'ensemble des faits qui dominent ce chapitre important de la pathologie, et, après examen et comparaison des cas fournis par la littérature, et de ceux dont nous avons connu l'évolution, d'indiquer le pourquoi de nos préférences en matière de traitement.

Sans doute, une fois de plus, parcourons-nous des sentiers battus. Mais il ne nous a pas paru inutile de grouper et de relater des faits cliniques qui ont été pour nous un enseignement et qui peuvent peut-être constituer une directive pour d'autres.

Devant tous les procédés de l'arsenal thérapeutique en matière de tuberculose laryngée, et devant le sérieux de la décision à prendre, nest-il pas permis d'hésiter?

On verra dans nos conclusions illustrées par les quelques observations, parmi beaucoup d'autres, que nous avons pu réunir, que la galvano-cautérisation reste pour nous le traitement de choix, mais qu'elle peut être utilement associée à d'autres moyens thérapeutiques.

Historique

Un coup d'œil rapide sur l'historique de la question qui nous occupe nous permet de voir si la documentation clinique, vagues esquisses de troubles laryngés noyées dans les descriptions de la phtisie pulmonaire, remonte à Hippocrate (460 av. J.-C.), il faut arriver à la fin du XVIII^e siècle pour que soient posées les principales bases de traitement. C'est en effet en 1790 que paraît la thèse de Marc-Antoine Petit, jeune chirurgien de Lyon, élève de Desault. Dans ce travail homogène, le premier paru, intitulé de phtisie laryngée, l'auteur définit la phtisie laryngée (consomption lente et totale de l'organisme, à laquelle s'ajoutent les signes de l'organe touché : voix rauque, inspiration difficile, chaleur corrosive, toux acerbe, expectoration purulente et haleine fétide).

A cette conception nouvelle, l'auteur ajoute quelques remarques étiologiques justes, quant aux influences prédisposantes, et surtout indique deux traitements : l'un médical dont les préceptes frappés au coin du bon sens figurent encore dans notre arsenal ; l'autre chirurgical, qui ne fut appliqué que cent ans plus tard.

Quelques erreurs, cependant, restaient en suspens, en particulier :

1° Des rapports de la phtisie laryngée et la phtisie pulmonaire sont méconnus ;

2° Le terme de phtisie laryngée englobe toutes les affections du larynx, œdème, syphilis, cancer, etc.

C'est alors que se placent deux faits qui dominent essentiellement l'histoire de la tuberculose laryngée :

1° La proclamation par Laënnec (1781-1826) de l'entité anatomique du tubercule d'où : a) assimilation des deux localisations pulmonaires et laryngées ; b) isolement de la tuberculose pulmonaire ; c) par analogie, conception de la tuberculose laryngée et son isolement des autres affections laryngées avec lesquelles elle était confondue.

2° La découverte du laryngoscope (pour les uns, en 1855 par Marcel Garcia, ténor espagnol, pour d'autres par Bozzini, en 1804) et son application à la tuberculose du larynx, en 1859, par Czermak et Turck.

La voie des traitements ouverte par Marc-Antoine Petit en 1790 ne fut vraiment adoptée qu'en 1890, lorsque Hering vint apporter les preuves anatomiques et cliniques de la curabilité de la tuberculose laryngée, mais accidents et insuccès en firent rejeter pour un temps la méthode d'alors (ablation des lésions tuberculeuses suivies de cautérisations cliniques) en même temps que renaissait le pronostic fatal attaché à la tuberculose laryngée.

C'est au Professeur Mermod, de Lausanne, que revient l'honneur d'avoir remonté le courant et démon-

tré que par galvano-cautérisation on pouvait parfois guérir, souvent soulager.

Depuis, nombreux sont les procédés qui ont apparu, tous appuyés sur des statistiques. Certaines sont très impressionnantes et d'autant plus que les conditions d'hygiène générale sont plus favorables aux lésions pulmonaires, ce qui montre nettement la nécessité d'associer, autant que faire se peut, le traitement hygiéno-diététique au traitement local adopté.

Etiologie

La plupart des tuberculeux expectorent et ce sont les crachats qui, dans leur passage à travers le larynx, infectent et contagionnent directement la muqueuse. On peut distinguer une forme aiguë, parfois même miliaire d'après les constatations d'Isambert, et une forme chronique, la plus habituelle. A un point de vue différent, il y a lieu d'admettre les formes primitives, secondaires, tardives. La première, très discutée autrefois, n'est plus viable depuis que la pratique du laryngoscope nous en a montré la fréquence assez grande. La forme secondaire apparaît dans le cours d'une tuberculose pulmonaire ou autre. On entend par tardive *celle* qui intervient, dans les dernières semaines de l'existence d'un phtisique et accélère sa fin.

CAUSES PRÉDISPOSANTES :

Comme conditions prédisposantes, on note : l'âge, l'affection étant surtout fréquente entre vingt et qua-

rante ans. Il n'est pas cependant sans exemple de la rencontrer chez l'enfant ou chez le vieillard : d'après les statistiques inédites de Parrot, sur 219 enfants tuberculeux, 19 avaient des ulcérations laryngées. Heinze, sur 4.376 cas de tuberculose laryngée, n'aurait trouvé que 3 enfants. Dans l'enfance elle évolue lentement ; dans la vieillesse, au contraire, elle marche vite, en compliquant souvent une laryngopathie antérieure.

Le sexe a quelque influence, puisque l'ensemble des statistiques montre la maladie plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 3 à 2.

Les affections chroniques de l'utérus figurent assez souvent dans les conditions prédisposantes.

CAUSES DÉTERMINANTES :

Parmi les causes déterminantes, il faut surtout citer : 1° les excès de voix ; les instituteurs, les crieurs publics en sont souvent atteints ; 2° l'abus du tabac, surtout chez les prédisposés ; 3° les séjours au bord de la mer, sur les plages froides et à températures variables ; 4° le travail dans les poussières métalliques ou autres, dans les grands magasins ; 5° les laryngopathies antérieures. C'est ainsi que la laryngite chronique simple et surtout la syphilis du larynx sont une cause d'appel souvent constatée pour la tuberculose.

La grossesse influe fâcheusement sur la marche d'une tuberculose du larynx (Kuttner). Elle peut faire

reparaître une bacillose guérie. La mortalité sur les enfants nouveau-nés est considérable. L'accouchement surtout épuise les mères.

Pathogénie

Deux théories sont en présence pour expliquer l'infection bacillaire du larynx : la plus ancienne est celle de Louis, qui explique les lésions par le stationnement sur la muqueuse laryngée des crachats tuberculeux venus des poulmons. Elle a pour elle cette constatation que la plupart des lésions sont superficielles. Ne concorde-t-elle pas d'ailleurs avec les données de la microbiologie ? Klebs, Zränkel s'y sont ralliés.

Une théorie plus récente admet que l'infection se fait par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui déposeraient sous la muqueuse des colonies bacillaires. Un argument en sa faveur est que parfois la plus grande partie du larynx est envahie sans que des ulcérations se soient produites. On peut encore rappeler à l'appui de cette pathogénie l'intéressante expérience de Hager et Herzing. Ils injectent dans la jugulaire d'un chien une cuillère pure de bacilles tuberculeux. L'animal meurt au vingt-deuxième jour et ils trouvent sur la bande ventriculaire gauche une ulcération profonde avec de nombreux bacilles.

L'exclusivisme en cette question ne saurait être de mise, car la pratique nous fait voir des cas où l'infection se fait, ici par la surface, là par la profondeur.

Symptomatologie

La maladie traverse ordinairement trois périodes assez distinctes par leur symptomatologie :

- 1° Période congestive ou catarrhale (1) ;
- 2° Période ulcéreuse ou d'infiltration ;
- 3° Période nécrosique ou des périchondrites.

Passons en revue les symptômes fonctionnels et les signes physiques dans chacune de ces périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE (*congestive ou catarrhale*):

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels accusés par le malade sont : une toux sèche coqueluchoïde ; la voix rauque, qui peut précéder de loin les autres manifestations (dysphonie prémonitoire) ; une sorte de prurit laryngien excite les malades à tousser, quelques-uns éprouvent plus particulièrement la sensation de boule au fond de la gorge. L'expectoration n'a rien de caractéristique en l'absence d'examen bactérioscopique ; elle est simplement muqueuse.

Symptômes physiques. — Les signes physiques ou objectifs sont constatés avec le petit miroir. Tantôt c'est une pâleur diffuse de tout l'endolarynx, tantôt une rougeur circonscrite aux régions aryténoïdiennes ; tantôt encore la muqueuse interaryténoïdienne, épais-

(1) CHEVAL et ROUSSEAU proposent d'admettre en outre un stade prémonitoire où la muqueuse montre tantôt un léger catarrhe, tantôt de l'anémie.

sie, plissée, accuse un *état velvétique* bien mis en relief par les descriptions d'Isambert,

DEUXIÈME PÉRIODE (*ulcéreuse ou d'infiltration*) :

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels se modifient sensiblement à cette période. La toux devient éructante et peut aller jusqu'à provoquer des vomissements. Le malade reste exténué après ces crises. La voix passe alternativement par plusieurs tonalités : elle est pluritonale ; parfois elle monte et se maintient plus ou moins dans l'aigu, constituant une variété de voix eunuchoïde que l'on peut attribuer à l'état de contracture réflexe des muscles phonateurs. Quelques tuberculeux n'emploient plus que la voix chuchotée, bien qu'il leur soit possible de parler encore à voix haute, mais ils la redoutent, trouvant une sédation dans cette aphonie voulue (*phonophobie*). Ces altérations diverses de la voix ont leur explication, suivant les cas, ou dans un état parétique des cordes, ou dans l'infiltration de la muqueuse interaryténoïdienne qui empêche l'accolement des cordes, parfois encore dans des arthrites crico-aryténoïdiennes qui limitent leurs mouvements d'adduction et d'abduction. Certains cas de laryngo-tuberculose sont ainsi caractérisés par une tuméfaction autour de l'articulation crico-aryténoïdienne, avec immobilité de la corde correspondante en demi-adduction. En tout cas, la dysphonie indique que les lésions siègent dans la région des cordes vocales inférieures et ce diagnostic du siège peut être posé avant même de recourir au miroir. Les douleurs s'aggravent aussi et se transforment en une sensation de brûlure. Elles s'exaspè-

rent encore quand le malade exécute un mouvement de déglutition (*odynophagie*) et le plus souvent c'est la déglutition des liquides ou simplement de la salive qui cause les plus vives souffrances, sans doute parce que les liquides demandent des mouvements plus importants pour ne pas tomber dans le larynx, ce qui n'est pas toujours évité, et parce que les surfaces malades ne sont pas séparées comme par le bol alimentaire solide. La douleur se complique souvent d'élancements douloureux dans une ou deux oreilles au moment où le bol alimentaire passe sur l'épiglotte. Les malades cherchent à atténuer ces élancements en comprimant l'ensemble du pavillon avec la paume de leur main correspondante. Ces propagations à l'oreille s'expliquent par une action sur des filets de pneumogastrique. Les douleurs sur place sont dues à des névrites, et même des névromes qui ont été constatés au microscope sur des fragments de larynx tuberculisés.

Il est possible, parfois, de provoquer une douleur vive et de la toux en pressant avec le pouce sur le cou du malade, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, au niveau des aryténoïdes. L'expectoration purulente ou sanguinolente n'a rien de caractéristique. La dyspnée laryngée apparaît à des degrés variables. Elle s'explique par des infiltrations qui amoindrissent sensiblement la lumière et l'endolarynx (infiltration sus-glottique, glottique ou sous-glottique). Ce peut être aussi un rapprochement marqué des cordes, qu'il y ait paralysie des abducteurs ou contracture des abducteurs.

Symptômes objectifs. — Les signes objectifs sont

caractéristiques à cette période. On trouve des épais-
sissements rosés des cordes, souvent unilatéraux, ou
de la muqueuse interaryténoïdienne. ce que les au-
teurs allemands, après Virchow, désignent sous le
nom de *pachydermie interaryténoïdienne*. Les ulcéra-
tions diffèrent par leur forme ou leur siège. Ordina-
irement il s'agit d'érosion sur toute l'étendue du bord
libre des cordes et, si la lésion est plus accentuée, tout
le bord libre semble avoir été comme évidé par une
gouge fine. L'examen montre en ce cas un dédouble-
ment (Gottstein) du bord libre, deux arêtes au lieu
d'une, circonscrivant une ulcération jaunâtre. La
même lésion peut exister sur le bord libre des bandes
ventriculaires. Ce sont bien là des *ulcérations com-*
pressives, selon l'expression du professeur Lannelon-
gue, car elles résultent des pressions réitérées que les
tissus tuberculeux exercent entre eux au niveau des
bords libres. Les cordes peuvent présenter un aspect
dentelé, serratique. Des ulcérations se voient encore
sur les autres parties du larynx et jusque sur le haut
de la trachée, irrégulières, peu profondes, reposant
sur une base plus ou moins pâle. L'infiltration bacil-
laire se traduit aussi par des pseudo-œdèmes durs,
occupant la région des aryténoïdes ou l'épiglotte.
Celle-ci, très boursouflée, rappelle alors l'aspect d'un
museau de tanche ou d'un paraphimosis. En d'autres
circonstances, la bacillose laryngée forme des végé-
tations polypoïdes qui obstruent la lumière du larynx
(Ariza). Gouguenheim, Tissier, Cartaz ont signalé des
formes papillomateuses rappelant le papillome ordi-
naire, mais contenant des éléments tuberculeux. On

doit à Avellis la notion de pseudo-polypes qui siègent sur les bandes ventriculaires et sont infectés dans leur trame. Clark (de Boston) signale des *tumeurs* formées d'infiltrations tuberculeuses. L'ensemble de ces lésions peut n'occuper qu'une moitié du larynx. Cette particularité (hémiphymie laryngée) s'observe encore assez souvent. L'un de nous a vu une lésion plus limitée encore. C'était une disparition complète d'une seule bande ventriculaire qui avait été complètement rongée par la tuberculose, tandis que le reste du larynx était indemne. Chez un autre, il y avait seulement une ulcération superficielle, mais tenace, du bord libre de l'épiglotte.

TROISIÈME PÉRIODE (*nécrosique ou des périchondrites*) :

Quand la maladie, résistant aux efforts de la thérapeutique, entre dans cette période finale, tous les troubles fonctionnels s'aggravent encore. Objectivement, le revêtement interne du larynx est très tuméfié et très ulcéré. Il peut revêtir un aspect myxomateux ; des abcès chondropathiques peuvent se former qui viennent aboutir devant le cricoïde simulant un goitre. A bout de résistance, le malade succombe par dyspnée, son larynx ne pouvant plus réaliser le rapprochement des cordes vocales qui aideraient à l'expulsion des mucosités trachéales, ou par hémorragie, plus souvent encore par inanition.

La tuberculose miliaire aiguë, bien étudiée par Isambert et H. Barth, doit être signalée à part. C'est surtout chez l'enfant qu'on observe cette variété. Elle

se montre aussi chez les tuberculeux à la période cachectique. Elle est particulièrement douloureuse, au point d'empêcher l'alimentation. Le moindre mouvement de l'arrière-bouche accroît encore cette douleur. La fièvre se maintient entre 39° et 40°. Même les ganglions du cou peuvent être engorgés. A l'examen direct, on voit sur toute la muqueuse du pharynx et du larynx un semis de petites granulations jaunâtres qui fondent rapidement et laissent à leur place des ulcérations superficielles à fond jaunâtre et à bords rougeâtres. Sur ces bords on retrouve le semis jaunâtre au début. L'altération occupe d'abord l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques qui sont boursoufflés, puis elle descend dans le larynx. Les malades succombent, rapidement épuisés par les douleurs, la difficulté de l'alimentation et la fièvre.

La laryngite herpétique pourrait en imposer pour cette forme de tuberculose, mais elle est de courte durée et ses ulcérations sont moins confluentes.

Diagnostic

Il n'est guère difficile que dans les tuberculoses au début et surtout lorsqu'il s'agit de la forme primitive, et c'est précisément le diagnostic précoce qui importe, car on est consulté sur l'opportunité d'un mariage, d'une cure d'eau. Certaines particularités doivent tenir l'attention en éveil :

1° Les laryngites à retour fréquent, surtout si le sujet a des antécédents héréditaires ou personnels,

pleurésies, etc. C'est, suivant l'expression du professeur Dieulafoy (1), la laryngite pré-tuberculeuse ;

2° La rougeur et la tuméfaction persistantes des régions aryénoïdiennes quand les cartilages de Santorini et de Wrisberg sont indistincts, principalement quand ces lésions coïncident avec la pâleur de l'arrière-bouche ;

3° Les dysphonies prémonitoires, qui annoncent parfois longtemps d'avance la tuberculisation latente de l'organe ;

4° Les enrrouements rapides dans les exercices du chant, dénotant que le larynx a perdu son endurance normale ;

5° Les douleurs au larynx, qui peuvent n'être qu'une simple sensation de prurit ou faire éprouver l'impression d'une *boule* dans le haut du cou. Nous avons rencontré, dans ces deux cas, ce symptôme très net de la boule. Langreuter l'a noté également sur un malade dont il put faire l'autopsie (2). Ces diverses sensations s'exagèrent chez les femmes au moment de leurs règles ;

6° La pâleur du voile du palais est un signe de présomption.

La maladie une fois constituée, le diagnostic doit être fait avec les diverses maladies qui suivent :

1° *La laryngite chronique simple.* — Celle-ci se reconnaît à l'ancienneté de l'affection, à la diffusion de la rougeur dans toute l'étendue de l'organe, à l'absence de gonflement circonscrit. Les érosions sont

(1) DIEULAFOY, *Ann. de méd.*, 8 février 1889.

(2) LANGREUTER, *Centr. Nervenheilk.*, 1889, n° 17.

bien rares dans la laryngite chronique ; en tout cas, elles ne s'entourent pas d'un bourrelet saillant. Les *nodules vocaux*, qu'on peut ranger dans les formes chroniques de laryngite, se distinguent des chordites tuberculeuses nodulaires par leur blancheur et l'intégrité de la corde, par leur forme conique et leur disposition symétrique sur les deux cordes inférieures.

2° *La scrofule*. — Les jeunes sujets scrofuleux présentent souvent un épaissement de la muqueuse laryngée, ainsi que de la muqueuse nasale, à ne pas confondre avec la tuberculose, bien qu'il la précède parfois.

3° *Le lupus du larynx*. — Il est rarement primitif. Garel (1) n'a pu relever que 7 cas de ce genre dans les divers recueils de laryngologie. Presque toujours les ailes du nez ou le pharynx présentent des lésions lupides qui aident au diagnostic. Sur l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques, on voit des ulcérations rougeâtres et grenues assez caractéristiques.

4° *La syphilis*. — La syphilis surtout est une cause d'erreur.

A la période secondaire, elle se reconnaît par la coloration carminée de l'endolarynx, par la coexistence des plaques muqueuses gutturales, par la présence des adénopathies cervicales postérieures.

Dans la période tertiaire, l'ulcération est unique, à évolution rapide, s'entourant d'un halo rouge et creusant les tissus. Comme les ulcérations de la bacilliose sont plutôt superficielles, on peut dire, avec Lennox Browne, que *la syphilis mord* et que *la tuberculose*

(1) GAREL, *Soc. fr. de laryngologie*, 1893,

ronge. La syphilis aime l'épiglotte, pourrait-on dire encore, car elle s'y cantonne volontiers, déchiquetant ou perforant cet opercule.

Dans les cas particulièrement embarrassants, on tiendra compte de la marche du mal, de l'état général du malade, de la bactérioscopie des curettages ; au besoin on instituera le traitement antisypilitique d'épreuve, mais pas plus d'une quinzaine de jours, dans la crainte d'aggraver une tuberculose méconnue.

Le diagnostic doit tenir compte des *hybrides* ou *tuberculeuses associées*, qu'il n'est point rare de rencontrer dans la pratique. Schnitzler, Cardone, Grunwald, Luc, Fasano, Castex ont étudié ces associations (2). Dubief, en faisant l'examen de ces larynx, a constaté la présence des bacilles à la surface des ulcérations syphilitiques. Ainsi, dans la majorité des cas, c'est la syphilis qui se complique tardivement de tuberculose.

5° *Les diverses tumeurs malignes du larynx* (épithéliomes surtout). — Elles se reconnaîtront à l'existence de végétations rougeâtres ou verruqueuses, à leur siège unilatéral au début, à l'âge avancé du sujet, à l'haleine repoussante, aux douleurs vives. Il n'y a pas à compter sur les ganglions, puisque leur apparition est particulièrement tardive dans les cas de cancer intrinsèque du larynx. Le diagnostic est difficile quand la lésion siège à l'épiglotte. Une tuberculose de cet opercule ressemble beaucoup à de l'épithélioma (Gouguenheim et Cahn) (3). J'ai observé un cas de

(2) CASTEX, *France Médicale*, 1895.

(3) GOUGUENHEIM et CAHN, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1885.

diagnostic difficile où, sur une corde vocale, existait une ulcération tuberculeuse d'aspect épithéliomateux avec des ganglions dans la région cervicale, mais qui étaient tuberculeux aussi. On a signalé des cas d'épithéliomas infiltrés de tuberculose à leur période avancée, et réciproquement (Robinson).

6° *L'herpès et les aphtes.* — L'herpès et les aphtes y sont rares et d'un diagnostic facile.

7° *Les polypes du larynx.* — Le diagnostic avec les polypes du larynx ne présente guère de difficultés. Ceux-ci sont isolés, circonscrits. Nous rappellerons pourtant qu'il y a des pseudo-papillomes et des pseudo-fibromes tuberculeux (Avellis).

8° *Les œdèmes aigus ou chroniques du larynx.* — Ce sont les complications faciles à reconnaître, d'un coup de froid ou d'un état diathésique (mal de Bright). On les a signalés aussi chez les paludéens (Baylie).

Il y a encore les œdèmes angio-neurotiques.

9° *La lèpre.* — Elle se distingue par un épaississement rouge et diffus de tout le larynx et par la présence de tubercules caractéristiques dans la bouche (Simanowsky (1), Bergergrun).

10° *Le laryngosclérome.* — Il épaissit toute la muqueuse laryngée sans l'ulcérer. Il existe au nez et au pharynx des altérations similaires qui jugent le diagnostic. Il y a aussi des hybrides tuberculo-scléromateux (Koschier).

Chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire, la voix est très affaiblie, enrouée même par simple parésie des cordes, sans qu'il y ait infiltrations ni ulcé-

(1) SIMANOWSKY, *Jour. of laryng.*, n° 2, 1901.

rations de la muqueuse. Ces cas s'expliquent par l'asthénie générale se faisant sentir particulièrement sur l'expiration et la phonation. Ils sont à séparer des tuberculoses laryngées déclarées. Il en est de même de ces congestions passives que la toux répétée d'un tuberculeux pulmonaire installe dans son larynx, indemne d'ailleurs. L'ensemble de ces espèces est désigné sous l'appellation *laryngite des tuberculeux*.

Il y a quelquefois lieu de constater une tuberculose guérie. On y parvient avec l'histoire du malade, en voyant des épaissements de la muqueuse, des demi-ankyloses crico-arythénoïdiennes, etc.

Il importe de redire que maintes laryngopathies se tuberculisent sur le tard. Le diagnostic doit préciser cette particularité.

En terminant notre chapitre du diagnostic, nous nous faisons un devoir de dire, que de notre court stage auprès du Professeur Cheridjian, nous avons retenu un principe éminemment recommandable, celui de ne jamais négliger de pratiquer une biopsie toutes les fois que les circonstances le permettent, ou plutôt de ne renoncer à cette précaution que si l'état du malade ne le permet pas. Les constatations de l'anatomopathologie jouent, comme on le verra plus loin, un rôle important dans le choix de la thérapeutique.

Pronostic

En général, il est très grave. L'important quand un malade de cette catégorie se présente, est d'obtenir sa confiance, afin de pouvoir lui appliquer sans discon-

tinuité les ressources diverses de la thérapeutique. Lui dire que c'est très grave, c'est le décourager ; que ce sera sans importance, c'est le tromper et compromettre ainsi son crédit à brève échéance. Nous pensons que la vérité est dans le juste milieu. Aussi avons-nous pris l'habitude de dire à l'intéressé : « Vous guérirez, mais ce sera long. » Grâce à cette précaution, il conserve encore sa foi dans l'intervention médicale, si, même après plusieurs mois de traitement, il ne se voit pas encore guéri.

Nous ne lui faisons pas du reste une vaine promesse en lui parlant de guérison, car il est permis de dire que la tuberculose laryngée est curable, dans certaines conditions. Tous les laryngologistes ont à leur actif un certain nombre de guérisons. Delsaux a présenté deux cas guéris depuis dix ans (1). Assez souvent, surtout, on constate des guérisons partielles, par exemple d'ulcérations qui se cicatrisent, mais il faut dire que les récidives sont particulièrement à craindre dans cette affection et le malade passe par des hauts et des bas qui font croire à la guérison.

Faisons le départ des cas relativement favorables ou défavorables, c'est le meilleur moyen de donner une base aux calculs de pronostic :

Sont favorables les cas où la tuberculose est circonscrite, abritée à l'intérieur du larynx, à marche lente, torpide, sans élévation vespérale de la température, où les poumons sont en bon état. C'est ainsi qu'on voit mourir par ses poumons un tuberculeux guéri de son larynx.

(1) DELSAUX, *Société belge de laryngologie*, 4 juin 1899.

Sont défavorables les cas diffus, où les lésions sont à découvert (épiglotte, aryénoïdes), sans cesse irritées par les déglutitions, où l'évolution est rapide, douloureuse, où les poumons sont compromis. C'est beaucoup sur l'examen des poumons que l'on fonde un pronostic motivé.

Contagion et prophylaxie

Ainsi que cela se passe pour les autres lésions bacillaires, la laryngite tuberculeuse présente des lésions fermées et des lésions ouvertes.

Les unes ne sont pas contagieuses et les autres le sont.

Cette division, qui paraît avoir une grande précision au point de vue théorique, n'a pas cependant la même valeur dans la pratique, car les ulcérations cachées dans un repli de muqueuse et principalement celles de la région postérieure échappent souvent à l'examen laryngoscopique.

On peut évidemment avoir recours pour les dépister, à l'examen de la paroi postérieure, le malade placé debout devant le médecin ; on utilise encore la méthode de la double réflexion qui consiste à réfléchir l'image de la face postérieure sur le miroir laryngien à l'aide d'un second miroir ; on peut se servir des miroirs grossissants, il n'en est pas moins vrai qu'il est parfois difficile d'affirmer qu'une muqueuse ne présente qu'une perte de substance.

Toute tuberculose du larynx doit être strictement surveillée au point de vue de la prophylaxie.

Traitement

CURABILITÉ :

Que la laryngite soit une affection curable, cela n'est plus maintenant à démontrer. Des travaux antérieurs de Mermod sur la galvano-cautérisation, les observations de Collet, de Sari, de Sorgo, de Jersen, sur la cure héliothérapique locale, l'opinion de Luc, sur la cure de repos, constituent un faisceau de preuves suffisantes à ce sujet.

Si lorsqu'on s'adresse aux grosses infiltrations, c'est-à-dire aux formes graves, il est utile d'avoir recours à des procédés tels que la galvano-cautérisation ; dans d'autres cas, la présence de lésions de début, de lésions non-évolutives ou chroniques, c'est-à-dire aux formes bénignes, à la cure d'air associée à l'héliothérapie et surtout à la cure de repos vocal constituent une thérapeutique suffisante (Luc-Sari).

Pendant longtemps, l'opinion classique de l'incurabilité de la tuberculose laryngée avait fait refuser l'admission au sanatorium à tout tuberculeux représentant une lésion laryngée.

Une meilleure connaissance de l'évolution de la tuberculose du larynx ne justifie plus pareille exclusion au même titre que toute autre affection bacillaire, la laryngite tuberculeuse est curable à la condition que le diagnostic en soit précoce et le traitement institué en temps utile.

TRAITEMENT GÉNÉRAL :

Il est très utile, surtout s'il est employé dès les débuts. Il s'agit de fortifier le terrain (suralimentation, cacochylates). Les formes laryngées de la tuberculose sont très favorablement influencées par la cure de campagne, de sanatorium, pourvu qu'un laryngologiste puisse contrôler les effets de la cure ; il importe de penser aux symbioses ou associations tuberculeuses, lorsqu'on l'institue.

TRAITEMENT LOCAL :

Il varie selon la période de la maladie.

1° A LA PREMIÈRE PÉRIODE. — Il faut d'abord ne pas nuire, un séjour au bord de la mer est mauvais, à moins qu'il ne s'agisse du littoral méditerranéen, à température douce et égale, bien abrité des vents nord-est, mauvaise aussi est une saison dans une station sulfureuse, quand on boit de l'eau minérale. Les médecins hydrologistes, à quelques exceptions près, partagent cette manière de voir ; ils savent que le bon renom de leur station est compromis, compromis aussi est le larynx du malade, si on ne s'abstient pas pour lui de la médication sulfureuse interne. L'effet le plus habituel de la sulfuration n'a paru consister que dans la diffusion des lésions bacillaires sur le larynx.

L'eau de la fontaine Raillère, utilisée seule ou associée aux autres sources sulfureuses de Cauterets, en boissons, bains, pulvérisations, etc., peut améliorer et guérir la phtisie laryngée la plus authentique (Guinier).

Une précaution importante pour cette première période est encore de ne pas laisser l'organe se fatiguer par l'exercice de la voix parlante ou de la voix chantante. En vain, a-t-on objecté que le fonctionnement vocal ventile les poumons, que les sourds-muets meurent souvent phthisiques et que les chanteurs sont rarement tuberculeux. Ces dernières constatations comportent d'autres explications. De par les données de la pratique, l'ordonnance du médecin doit stipuler : repos de la voix.

Le traitement pourtant ne sera pas exclusivement négatif. La révulsion préalaryngée et les pulvérisations sont indiquées.

La révulsion se réalise par l'application répétée sur le devant du cou d'une éponge plongée dans de l'eau très chaude ou d'une flanelle chauffée. La teinture d'iode est moins utile parce qu'elle ne répète pas l'action révulsive comme les deux moyens précédents. Le vésicatoire est excessif ici. Il incommoder sans résultats proportionnés. Exceptionnellement la révulsion préalaryngée augmente plutôt les troubles. Il faut alors y renoncer d'emblée.

Les pulvérisations chaudes ont pour effet de décongestionner et de désinfecter dans une certaine mesure la muqueuse laryngée. On doit la pratiquer au moyen d'un pulvérisateur à chaudière. Pour les solutions à mettre dans le récipient, on a le choix entre acide phénique et menthol.

Quelques malades ont au début de l'intolérance pour les pulvérisations, sous forme de nausées ; mais l'ha-

bitude s'établit assez vite. D'autres y sont absolument réfractaires.

La sérothérapie dirige ses effets aussi contre la tuberculose laryngée. De Weglenski a recommandé les injections sous-cutanées périlaryngiennes avec le néosérum de Richet et Héricourt, qui est préparé avec du sérum de chiens, tiré six jours après qu'on les a inoculés avec des bacilles tuberculeux, débarrassés de la tuberculine par le lavage. Les injections périlaryngiennes seront de 3 centimètres cubes, deux fois par semaine. D'autres injections, intra-laryngiennes ou intra-amygdaliennes, seront de 2 centimètres cubes seulement. Pour ces injections intérieures, de Weglenski a imaginé une pince-syringe particulière. Le néosérum agirait favorablement par ces propriétés toniques, décongestionnantes, analgésiques.

D'après quelques résultats publiés par Kunwald, la photothérapie solaire exerce une action favorable sur toutes les formes de tuberculose laryngienne, excepté celles qui sont accompagnées d'œdème.

2° A LA DEUXIÈME PÉRIODE. — L'important est d'entraver les affections secondaires par streptocoques ou staphylocoques, on a la ressource des moyens médicaux ou chirurgicaux.

a *Moyens médicaux.* — Dans les premiers, figurent les insufflations de poudre, les attouchements directs, les injections interstitielles, l'application de rayons X ou radium, on peut insuffler avec un lance-poudre de l'iodoforme, du diodoforme, de l'aristol, de l'iodol, de l'orthoforme, après avoir enlevé les sécrétions qui couvrent les ulcérations, mais ces poudres ont l'incon-

vénient de provoquer la toux, aussi sont-elles peu en faveur. Les attouchements se pratiquent avec un porte-ouate laryngien. Les topiques usuels sont : acide lactique, naphthol et camphre, menthol, phénol sulforinciné, iodoforme, chlorure de zinc, extrait glycériné de foie de morue.

Les injections interstitielles sont un bon moyen qui ne présente plus le danger de la trachéotomie, depuis on peut pratiquer l'inhalation temporaire. Chapell (New-York) a recommandé les injections sous-muqueuses d'huile créosotée à 1 pour 3. J. Douglas injecte du gaïacol pur. Les injections sous-muqueuses d'acide lactique (Georges Mayor) et d'huile gaïacolée (Watson William), d'huile gommenolée, de chlorure de zinc demandent de la part du médecin une grande prudence, car elles peuvent déterminer des réactions inflammatoires intenses et même des lésions ulcéreuses.

Le traitement médical s'est encore enrichi ces dernières années de la radiothérapie. Certains auteurs (Poyet et Ménard) auraient obtenu une amélioration de certains symptômes fonctionnels par des applications de radium faites pendant quatre minutes à travers un filtre d'aluminium d'un millimètre. Il est possible que bien réglée cette méthode agisse dans certaines formes de tuberculose laryngée. Toutefois, le radium ainsi porté vers le larynx à l'aide d'un tube spécial, pendant cinq à trente minutes, n'a pas été assez souvent mis en usage pour qu'on puisse apprécier les résultats qu'il aurait pu produire. Les auteurs

qui en ont fait usage ne paraissent pas avoir un enthousiasme considérable à son égard.

L'application directe de rayons X au larynx est assez difficile et fort désagréable pour le malade. Il n'est pas certain que les avantages de cette méthode soient supérieurs aux ennuis qu'elle a occasionnés (d'après Collet et Moure). Dans le même ordre d'idées, Hirsch proclame qu'en règle générale les fortes doses de rayons X sont mal tolérées par le larynx ; quant à Thorst, il a renoncé à l'emploi de ces rayons, dont les bons résultats ne sont pas indubitables, mais les méfaits certains.

L'étincelage des lésions laryngées pour en provoquer l'amélioration ou la guérison est un but efficace : mais la façon dont est réalisée cette application nous paraît capitale dans l'intérêt du malade.

b) *Moyens chirurgicaux.* — Si ces moyens sont restés sans effet, on est en droit de recourir à d'autres d'ordre plus chirurgical. Ce sont :

Les galvano-cautérisations, applicables surtout à l'épiglotte ou aux régions aryténoïdiennes infiltrées. Elles soulagent les malades à bref délai (Margtielies)

La pince coupante, qui va réséquer les fongosités ou les infiltrations aryténoïdiennes. La pince de Gouguenheim est recommandable dans ce début, pourvu que la courbure n'en soit pas trop brusque.

Le curettage est un des plus importants procédés. Il a été vulgarisé par Heryng. Le curettage n'est pas sans présenter quelques inconvénients : spasmes inquiétants du larynx, répercussion sur les lésions pulmonaires, qui se sont aggravées parfois. Il rencontre

ses contre-indications dans l'indocilité du malade, l'état fébrile du sujet, la constatation de lésions pulmonaires avancées.

La trachéotomie n'est ici qu'une ressource ultime contre la dysphagée laryngée.

M. Junier (Bordeaux) confirme l'efficacité certaine de la collapro-thérapie sur la bacillose laryngée. Il ne croit pas à l'influence prépondérante de l'ensemencement de la muqueuse par les crachats bacilliférés et invoque l'activité laryngée et le traumatisme.

Le pneumothorax, lorsqu'il est efficace et longtemps entretenu, a une action incontestablement favorable sur l'évolution des lésions laryngées existantes, de même il prévient l'apparition ulcéreuse d'une localisation sur l'organe vocal. Il permet également d'apporter un élément de grosse valeur à la théorie pathogénique de la septicémie bacillaire. En annihilant la circulation fonctionnelle du poumon malade, le pneumothorax s'oppose à l'essaimage des embolies microbiennes, en même temps que la suppression de la toux et des crachats bacillaires, la mise au repos de l'organe a une action adjuvante considérable (Portmann et Retrouvey).

3° A LA TROISIÈME PÉRIODE. — Il ne reste plus à faire qu'une retraite honorable, en soulageant le malade surtout de son odynophagie.

Les pulvérisations antiseptiques, la cocaïne, la morphine, l'antipyrine sont les médicaments les plus recommandables.

Le menthol, la caféine, l'orthoforme mélangés à du sucre de lait ou du bleu de méthylène ont pu calmer la douleur des malades non influencés par la cocaïne ou la morphine.

4° Jaquet vante les badigeonnages avec une solution huileuse de chlorétone.

En résumé, pour caractériser par un médicament thérapeutique ces trois périodes : à la première, l'huile de foie de morue ; à la deuxième, l'acide lactique ; à la troisième, la cocaïne.

Leroux-Robert étudie les traitements particuliers qui conviennent à chaque forme, envisageant d'abord, avec les formes objectives la lésion elle-même, puis avec les formes fonctionnelles, le symptôme qui prédomine. Ensuite, il a en vue le traitement des formes selon l'état antérieur du sujet et la virulence du microbe.

A. — *Formes objectives*

1° *Formes catarrhales*. — Il faut bien se garder de traiter les formes catarrhales suspectes ou avérées par des moyens intempestifs. Ici la douceur est en règle. Il serait dangereux de créer des portes d'entrée là où il ne s'agit que d'érythème ou de congestion de la muqueuse, mais il faut surveiller attentivement cette congestion pour traiter à temps une ulcération au début. Ces moyens de douceur consistent en inhalations de teinture de benjoin, de pérubore ou d'une solution de :

Baume du Pérou.....	5 gr.
Baume de térébenthine.....	5 »
Teinture d'eucalyptus	50 »

(1/2 cuillerée à café de la solution dans l'eau chaude d'un inhalateur).

En pulvérisations chaudes du Lucas-Championnière, avec une solution de :

Résorcine	6 gr.
Benzoate de soude	4 »
Glycérine	40 »
Eau distillée	450 »

En pulvérisations froides avec :

Huile de foie de morue désodorisée.. 5 centi-cubes.
(Pour une ampoule à employer dans un pulvérisateur nasal à huile muni d'une canule laryngée).

Enfin, en attouchements très légers de la muqueuse, avec le collutoire :

Argyrol	30 centigr.
Glycérine	10 centi-cubes.

En aucun cas Leroux-Robert n'emploie le menthol.

2° *Formes infiltrées.* — Ici peut-être, plus encore que dans la forme précédente, il faut ménager une muqueuse devenue très fragile et hyperexcitable, supprimer tout badigeonnage en l'absence de toute ulcération et n'agir que par pulvérisations avec les formules précédentes auxquelles on peut ajouter le gomenol et la créosote. L'élément nerveux peut être calmé avec le bromure de potassium, la stovaine, l'eau de laurier-cerise, introduits dans les pulvérisations.

Les révulsions extérieures l'ignipuncture, sur les

parties latérales du larynx, la diathermie médicale peuvent trouver leurs indications.

3° *Formes ulcéreuses.* — Il est nécessaire d'entretenir le larynx en état de propreté constante par des pulvérisations, afin de déterger les ulcérations.

Il y a lieu de distinguer les petites et les grandes ulcérations : les premières, superficielles, devront surtout bénéficier des badigeonnages astringents avec des solutions telles que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent (en solutions faibles). On pourra envisager alors la fermeture de solutions de continuité peu étendues. Pour les ulcérations plus profondes, après cocaïnisation pour éviter les spasmes, les cautérisations à la glycérine phéniquée à 1/10^e ou à l'acide lactique même pur (Krause) sur un tampon de ouate bien exprimé, permettront de modifier et de désinfecter la surface ulcérée.

Le bleu de méthylène peut être employé pour atténuer les réactions.

La formaline en solution à 1 % détermine une réaction moindre et agit surtout dans les formes où une infiltration marquée accompagne l'ulcération.

Si le malade doit se soigner seul, on prescrira les aspirations de poudre d'iodoforme ou d'orthoforme, avec le tube de Leduc, poudre que l'on pourra mélanger selon le degré de la douleur à des anesthésiques :

Orthoforme	9 gr.
Lactose	5 »
Cocaïne	0,30
Morphine	0,02
(en insufflations)	

Si l'ulcération occupe l'épiglotte, cette dysphagie se trouvera calmée par les bains de bouche, préconisés par Moure, et répétés trois ou quatre fois par jour.

Acide phénique.....	3 gr.
Bromure de potassium.....	5 »
Antipyrine	5 »
Laudanum de Sydenham.....	5 »
Glycérine	150 »

(Une cuillerée à café dans un verre d'eau).

D'ailleurs les dysphagies très douloureuses peuvent réclamer le traitement que nous indiquerons aux formes dysphagiques.

4° *Formes végétantes.* — C'est la forme à laquelle s'oppose un traitement chirurgical, surtout proposé par Heryng. Dans le cas de lésions végétantes bien délimitées, à évolution chronique, sans tendance à la nécrose rapide, situées à la région postérieure du larynx, l'épiglotte, les bandes et les cordes, il faut intervenir, sauf si l'intervention est contre-indiquée par une lésion pulmonaire trop avancée, la cachexie générale, une sténose.

Elle consiste en ablation à la double curette, préférée à l'anse froide ou chaude, et en la destruction des tissus malades, au galvanocautère. La cautérisation doit être profonde, destructive, sous peine de donner un coup de fouet à la lésion. La diathermo-coagulation semble entrer dans la pratique des interventions sur les larynx tuberculeux dans des cas bien déterminés et en dehors de toute poussée aiguë : la lésion isolée de l'épiglotte peut être une indication de coagulation partielle ou totale de l'organe.

Toutes ces interventions sont suivies de douleurs qu'on calmera par des applications locales de morphine. De petites interventions les plus limitées (ablation simple à la curette) sont indiquées dans la forme tuberculose pédiculée.

5° *Formes périchondrales.* — Les lésions ulcérées, nécrosantes doivent être respectées, il s'agit d'une forme terminale de la tuberculose laryngée et le traitement doit se borner à soulager le malade par tous les moyens possibles généraux ou locaux.

6° *Formes fibreuses.* — C'est un processus de guérison, mais il y a lieu de surveiller le larynx des tuberculeux laryngés guéris pour prévenir la récédive.

B. — *Formes fonctionnelles*

1° *Formes dysphoniques.* — Elles ne comportent pas de thérapeutique particulière. Il y a lieu pourtant de rechercher si l'aphonie est exclusivement liée à la tuberculose ou s'il ne s'agit pas d'une compression récurrentielle par des ganglions. Dans le cas où l'élément nerveux entre en jeu, il convient de le calmer par les bromures et les sédatifs du système nerveux (quiétol, sédobrol). De toutes façons, le repos vocal, comme la discipline de la toux sont absolument indiqués.

On observe parfois, chez les tuberculeux laryngés guéris de l'impotence fonctionnelle des cordes, comme une sorte de paresthésie laryngée, qui doit être traitée avec prudence par un entraînement vocal méthodique, la strychnine et l'électrothérapie.

2° *Formes dysphagiques.* — Signe capital de la tuberculose laryngée, la dysphagie a fait l'objet des plus attentives recherches. D'une façon générale, on conseillera au malade de boire avec une paille et de remplacer l'alimentation liquide par une alimentation molle. Alors que, légère, elle peut être calmée par des inhalations de vapeurs de chloréthane (Fiocre), des pulvérisations cocaïnées, des insufflations de morphine ; dans les cas graves, cette médication est insuffisante et réclame une thérapeutique plus active.

Rappelons la méthode de Bier, basée sur l'anesthésie par l'hyperhémie, due à une compression cervicale, l'analgésie laryngée par radiothérapie recherchée avec succès par Poyet et Ménard, enfin la méthode de Spiess, qui représente les premiers essais de l'anesthésie à la novocaïne en injections sous-muqueuses dans le larynx même, à proximité des lésions. Cette anesthésie n'agit que sur les terminaisons nerveuses, elle doit être faite sous le contrôle du miroir, est d'ailleurs de peu de durée et expose, en outre, à l'œdème.

L'anesthésie régionale utilise l'injection de novocaïne au contact du laryngé supérieur (Frey, Gauzard).

Les injections d'alcool cocaïné (Paul-Boncour), puis l'alcool pur (Halphen) marquent un progrès sensible sur les méthodes précédentes et sont le plus souvent suffisantes.

L'anesthésie durable est représentée par la résection du laryngé interne pratiquée par Celles, et qui, pour être efficace et définitive, doit être bilatérale. Encore expose-t-elle à la pneumonie de déglutition (Moulon-guet).

5° *Formes d'aspéiques*. — Dans cette forme, il faut avant tout s'abstenir de galvanocautérie et de tout traitement chirurgical, à cause des réactions rapidement sténosantes qu'ils entraînent, à moins qu'en l'absence d'ailleurs la cause de sténose ne soit précisément la présence de végétations polypéuses.

Contre les formes lentes avec œdème, l'action vasoconstrictive de la cœréline ou de l'adonidine peut être recherchée par addition de quelques gouttes de ces liquides à ceux du pulvérisateur.

En cas d'urgence, le trachéotomie n'est qu'une mesure. La trachéotomie au contraire s'impose en cas d'asphyxie menaçante.

Mais il ne faut pas croire que la trachéotomie n'est indiquée que dans ce cas. Moritz Smidt pose les indications suivantes : sténose laryngée grave ou à évolution rapide, sans sténose avec lésions pulmonaires légères, dysphagies, tuberculose laryngée des femmes enceintes, tuberculose laryngée des jeunes enfants, qu'il est impossible de traiter par les voies naturelles.

La trachéotomie prévient, en immobilisant le larynx, le met en repos forcé comme le fait pour une articulation un appareil plâtre, en plus il permet le traitement pulmonaire direct, par injections trachéales, selon la méthode personnelle que nous allons exposer plus loin. Quant à la laryngotomie, elle est à rechercher s'il y a intérêt à soumettre à l'air et à la lumière des lésions laryngées, quand la lésion est assez limitée pour qu'on puisse l'enlever, dans les formes à végé-

tations récidivantes. Mais au cas de dyspnée, c'est à la trachéotomie qu'il faut recourir tout d'abord.

FORMES SELON L'ÉTAT ANTÉRIEUR :

1° *Formes primitives.* — A titre de curiosité, citons les cas où des tuberculoses primitives, par erreur de diagnostic ou en connaissance des causes, ont été opérées radicalement par laryngectomie. En général les formes primitives ne comportent pas de thérapeutique spéciale et sont plus particulièrement curables.

2° *Formes secondaires.* — Nous avons vu comment une lésion du poulmon pouvait contre-indiquer l'acte chirurgical dans la tuberculose laryngée. En revanche, la lésion laryngée ne contre-indique pas la création d'un pneumothorax artificiel. Bien plus, d'après Hirschberg, la collapsothérapie a une action favorable sur la laryngite en stérilisant l'expectoration et en faisant cesser la **toux**.

Les obstrués des narines, les rhino-atrophiés, les gazés, candidats éventuels à la tuberculose laryngée, doivent être l'objet d'une surveillance toute particulière pour prévenir le mal par une attention prophylactique, pour dépister et traiter la tuberculose dès son apparition.

3° *Forme selon l'âge.* — Chez l'enfant, où la voie endolaryngée est difficile ou impossible, la thryodomie est parfois nécessaire.

4° *Tuberculose et syphilis laryngées.* — Associées, elles doivent être traitées de pair. Le traitement spécifique doit être d'autant plus rapide et intensif que ces deux ordres de lésions retentissent l'une sur l'autre.

5° *Tuberculose laryngée et grossesse.* — Selon Bar-
thas, l'avortement provoqué n'a aucune influence en
faveur des lésions laryngées et n'est pas indiqué. Le
traitement général et local, la trachéotomie dans cer-
tains cas, sont seuls à employer. On doit interdire
l'allaitement et déconseiller la grossesse.

FORMES SELON LA VIRULENCE DU BACILLE :

1° *Formes latentes.* — Tout tubercule suspect doit
être enlevé à la double curette pour être examiné mi-
croscopiquement, mais il est préférable d'employer
la pointe de galvano, suivie d'une application de bleu
de méthylène ou mieux de vert de malachite, pour
diminuer la réaction. Ultérieurement, il faut surveiller
le point suspect, le toucher à l'acide lactique.

2° *Formes miliaires aiguës.* — Les lésions miliaires
aiguës doivent être absolument respectées. La granulie
n'est justiciable que du traitement général ou local
anesthésique.

3° *Formes chroniques lupiques.* — Le lupus sera
touché à la teinture d'iode diluée au tiers ou avec un
mélange iodo-ioduré, complétant cette thérapeutique
par des séances de curettage ou de galvanocautéri-
sation.

L'avenir dira si les cicatrices rétractiles post-lupi-
ques seront justiciables de la diathermo-coagulation,
qui a donné, en d'autres régions, à Bourgeois et Poyet
de si heureux résultats.

COAGULATION THERMIQUE :

L'air chaud n'a une action destructive coagulante,
suffisamment nécrotique et profonde, que vers 300°.

A cause de sa diffusion, il est difficile à manier dans le larynx, sans une laryngo-fissure préalable. L'air chaud employé avec une instrumentation spéciale au-dessous de 200° est suffisant pour la désinfection en surface.

La galvanocaustie est un mode de thermo-coagulation plus électif mais ne rayonne pas dans la profondeur. Employée médicalement elle est trop superficielle ou trop profonde. Chirurgicalement, elle a été employée jusqu'ici dans un but de destruction. Elle tend à être supplantée par la diathermo-coagulation.

Les rayons X, le radium produisent une électro-coagulation indirecte qui serait à rechercher, puisque les tuberculoses cutanées sont favorablement influencées par ces radiations. La réaction trop violente au niveau du larynx les a fait rejeter. L'électrolyse produit une électro-coagulation des bandes ventriculaires, des cordes, de la tuméfaction lisse de l'épiglotte (Ledoux et Parmentier).

La haute fréquence, plus récemment utilisée, semble devoir être recherchée sous deux formes, l'étincelle diathermique d'intensité, pour les cas justiciables de l'électrolyse, mais surtout la diathermo-coagulation, rayonnant dans la profondeur sans produire de grosses réactions et ne laissant pas de cicatrices vicieuses (Lafite-Dupont).

La diathermie médicale a été recherchée par Leroux-Robert, en applications externes, pour agir sur les larynx tuberculeux. Dans un cas très défavorable, une grosse infiltration péri-laryngée s'est complètement résorbée en quelques applications.

RADIATIONS LUMINEUSES :

Les radiations solaires, employées en France surtout par les médecins d'Hauteville, de Cambo, de Pau et de Menton, ont donné des résultats qui ont conduit à la recherche des ultra-violets (Nepveu). La laryngologie semble être engagée dans cette voie avec de grandes chances de succès. L'emploi des appareils de Gallois (lampe spéciale à U.V., électrodes en quartz permettant d'utiliser les appareils à haute fréquence) en faciliteront l'application. A plus d'un titre, ne serait-ce que pour combattre la douleur contre laquelle elle est une arme excellente, cette méthode est digne d'intérêt.

INJECTIONS TRACHÉALES :

Les injections trachéales sont entrées dans la pratique. Leur intérêt n'est plus à démontrer. L'injection intratrachéale transglottique, faite par le médecin sous le contrôle du miroir, s'oppose à l'injection susglottique qui n'a aucune réalité démontrée. Chez le malade asthénique, à qui l'on ne peut demander une collaboration effective, on devra préférer la voie inter-crico-thyroïdienne.

Lorsque la gravité des lésions réclame des injections fréquemment répétées, on peut placer une petite canule trachéale à demeure. Les liquides employés sont variés : huile goménolée, créosotée, gaiacolée, thio-colée.

Il y a intérêt à utiliser la voie directe créée par la mise en place d'une canule trachéale pour traiter à la fois des lésions pulmonaires et laryngées par voie

ascendante, surtout lorsqu'il s'agit de lésions sous-glottiques. Comme puissant modificateur des lésions vacillaires laryngées et pulmonaires, en applications directes : l'huile de morue.

D'autre part, dans le cas n'ayant pas nécessité de trachéotomie, on peut utiliser un pulvérisateur atomiseur avec canule laryngée sus-glottique. Chaque pulvérisation synchrone avec une inspiration profonde fait pénétrer l'huile de foie de morue sur le larynx et jusque sur les plus fines ramifications alvéolaires. A l'action d'un pansement local d'huile de foie de morue se joint l'absorption des corps qui entrent dans sa composition au niveau du champ de l'hématose.

SÉROTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE :

Il faut être très circonspect dans l'emploi de la tuberculine. Mais la vaccinothérapie semble entrer dans une voie nouvelle et l'on peut suivre qu'avec intérêt les résultats publiés, si encourageants. Parmi ces vaccins nous citerons : les vaccins obtenus par le traitement des bacilles au moyen de l'alcool méthylique (procédé de Calmette, Nègre et Boquet) ; les vaccins colloïdaux de Grimbert ; l'émulsion bacillaire dans l'huile, de Vallée ; enfin les émulsions polyvalentes de Vaudremer ; ces émulsions sont faites avec des bacilles humains, bovins et équins, dégradés, émulsionnés et tués par la chaleur.

TRAITEMENT PAR LA SANOCRYSINE :

Le Docteur Henri Caboche, dans la *Vie Médicale* du 25 février 1928, p. 262, signale que les essais d'une

thérapeutique par les sels d'or (sanocrysine et kry-solgan) sont peu concluants dans le traitement de la laryngite tuberculeuse.

MM. Moulonguet et Périer signalent un cas de paralysie des cordes vocales en position para-médiane chez une malade tuberculeuse traitée par la sanocrysine.

« La malade que nous vous présentons est une jeune fille de 26 ans, atteinte de bacillose pulmonaire depuis 1920. Au début, elle présentait des bronchites avec périodes de fièvre et amaigrissement : en 1924, congestion pulmonaire gauche qui a nécessité son entrée dans un sanatorium. Quelques mois après, cette malade étant revenue chez elle, a été prise d'un enrrouement tenace ; un laryngologiste consulté diagnostiqua une paralysie de la corde vocale gauche et conseilla un examen du médiastin. Ce conseil ne fut, malheureusement, pas suivi et, quelques semaines après, la raucité de la voix disparut.

Cette malade est entrée à Boucicaut en 1926, à la suite d'une nouvelle rechute de bacillose pulmonaire. Nous l'avons vue à ce moment et avons constaté l'intégrité du larynx, avec mobilité normale des cordes vocales. Celle malade, au cours de son séjour à Boucicaut, dans le service du Docteur Courcoux, a fait à deux ou trois reprises des crises de laryngite catarrhale subaiguë avec rechute de bacillose pulmonaire. Nous l'avons vue à ce moment et avons constaté l'intégrité du larynx avec mobilité normale des cordes vocales. Cette malade, au cours de son séjour à Boucicaut, dans le service du Docteur Courcoux, a fait à deux ou trois reprises des crises de laryngite catar-

rhale subaiguë avec un léger œdème des cordes vocales et nous n'avons jamais suspecté chez elle de tuberculose laryngée. On lui fit des injections hebdomadaires de sanocrysine au taux de 6 centigrammes d'abord et de 10 centigrammes ensuite et sous l'influence de ce traitement il semble que les lésions pulmonaires se soient nettement améliorées. La malade a repris du poids et la température a baissé. Une radiographie a montré l'intégrité du médiastin.

Brusquement, au mois d'octobre dernier, la malade a été prise de phénomènes assez inquiétants : tachycardie marquée, sensations d'angoisses, phénomènes que le Docteur Courcoux a attribués d'abord au traitement par la sanocrysine. Ces phénomènes s'accusent, la respiration devient difficile ; la malade vient nous voir en pleine crise de dyspnée laryngée avec tirage et cornage.

A l'examen, les cordes vocales sont normales, mais ont perdu toute mobilité et restent accolées l'une contre l'autre en position para-médiane, l'air filtrant difficilement dans le mince intervalle qui les sépare. Il s'agissait donc d'une paralysie des cordes vocales en position para-médiane. Dès le lendemain, en présence des phénomènes asphyxiques, nous avons dû pratiquer une trachéotomie. Les jours suivants, l'examen de la sous-glotté par l'orifice de trachéotomie n'a décelé aucune lésion capable d'expliquer cette immobilité des cordes vocales. Le début brusque, l'absence de tout œdème aryténoïdien permet d'éliminer l'hypothèse d'une arthrite cricoaryténoïdienne ; il s'agit donc évidemment d'une paralysie laryngée en position para-médiane.

Quelle en est l'étiologie ? Nous avons d'abord pensé à une spécificité, mais nous n'avons rien trouvé dans les antécédents qui puisse faire penser à une spécificité héréditaire ou acquise. La réaction de Wassermann était négative.

Deux hypothèses restent donc en présence pour expliquer cette paralysie : celle d'une intoxication par les poisons tuberculeux ou celle d'une intoxication par la sanocrysine. Nous serions heureux de savoir si quelques-uns de nos collègues ont observé des accidents de ce genre au cours des traitements par la sanocrysine.

Chez cette malade, le réflexe oculo-cardiaque est aboli ; cette constatation est intéressante car elle permet de préciser le siège anatomique de la lésion nerveuse ; il ne saurait en effet s'agir d'une lésion supranucléaire puisque ce réflexe est aboli et nous pensons que le poison tuberculeux ou la sanocrysine ont altéré le noyau bulbaire.

Cette paralysie laryngée en position para-médiane doit être tout à fait exceptionnelle dans la tuberculose. En dehors des cas dus à la syphilis, on ne trouve guère dans la littérature que des paralysies dues à la diphtérie ou à la typhoïde.

Si cette paralysie persiste, comme cela est probable, la question du traitement se posera ; il ne semble pas avantageux de chercher à rétablir à tout prix la perméabilité laryngée en détruisant les cordes vocales ou par toute autre opération analogue. En effet, notre malade parle d'une façon parfaite, avec une voix normale, lorsqu'elle bouche l'orifice de sa canule. Le port d'une canule fenêtrée sera, croyons-nous, pour elle, la thérapeutique la plus raisonnable.

Observations

fournies par le Professeur Z. CHERIDJIAN

OBSERVATION I

M. L..., garde rural, vient se faire examiner en 1910, pour un enrrouement qui persiste depuis plusieurs mois, et une douleur qui accompagne la déglutition. Toux spasmodique fatigante. Expectoration muco-purulente.

Le malade, homme grand et paraissant robuste, dit avoir maigri de six kilos en quelques semaines.

L'auscultation révèle un sommet nettement obscur, et quelques râles sous-crépitants à l'inspiration surtout. Ils sont exagérés par la toux.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

L'examen du larynx montre une rougeur diffuse étendue sur l'épiglotte, les bandes ventriculaires, l'espace interaryténoïdien et les aryténoïdes sur lesquelles de petites ulcérations sont visibles. La muqueuse de l'espace interaryténoïdien est infiltrée et végétante.

Une biopsie procure le diagnostic anatomo-pathologique de tuberculose, avec présence de cellules géantes et tubercules caséifiés (Institut anatomo-pathologique. Prof. Askanazy).

Le malade subit six cautérisations au galvanocautère à intervalles éloignés de trois à cinq semaines.

Guérison complète, avec restitution de la voix et disparition totale de la dysphagie.

Ce malade, revu depuis à maintes reprises, est resté guéri. A été vu encore en 1931 et garde toute sa capacité de travail.

OBSERVATION II

M. X..., rédacteur à l'un des journaux quotidiens de Genève, se présente à la consultation en 1928. Reporter attitré, il est astreint à un travail excessivement dur qui l'oblige à veiller les nuits pour ne dormir que dans la matinée. Il est très grand fumeur et se déclare incapable de se passer de fumer.

Aphonie presque absolue qui dure depuis plus d'une année. Toux continuelle. Expectoration purulente, qui amène de gros crachats.

L'examen de ces crachats révèle la présence du bacille de Koch. (Laboratoire bactériologique de Genève).

Une radioscopie pratiquée par M. le Professeur Bickel apprend qu'il s'agit de tuberculose fibro-caséreuse généralisée des poumons avec des cavernales disséminées par-ci par-là.

Cependant, pas de température élevée. Le soir, 37°5 à 38° au maximum, cette dernière température étant une exception.

L'état général ne paraît pas mauvais. Le malade déclare que sa situation de fortune ne lui permet pas de cesser son travail, et qu'il se sent, malgré tout, capable de le fournir.

La laryngoscopie montre des cordes vocales fortement épaissies et très rouges. Les bandes ventriculaires sont également épaissies et infiltrées.

L'épiglotte se montre sous le même aspect. Dans l'espace interaryténoïdien, la muqueuse est pachydermique et présente de gros plis qui ne permettent pas le rapprochement des cordes vocales.

Prélèvement à ce niveau et aussi sur une bande ventriculaire.

Réponse de l'Institut Pathologique sous la signature de M. le Professeur Askanazy : *tuberculose forme sclérosante*.

Le traitement par galvano-cautérisation est entrepris *harga manu*. Quatre cautérisations successives procurent une guérison apparente du larynx, avec restitution de la voix au point de permettre de prendre la parole en public. Quelques séances de radiothérapie légères semblent avoir consolidé la guérison.

Le malade, revu à intervalles espacés, reste guéri jusqu'en octobre 1931, où il revient avec une ulcération creusée sur le bord libre de sa corde vocale droite.

A noter que le travail n'a jamais été interrompu. Une nouvelle cautérisation est conseillée et acceptée pour le début de novembre seulement. L'avenir reste réservé, étant donné que le traitement ne peut être poursuivi dans les conditions désirées. La galvanocaustie a cependant rendu de tels services dans ce cas, qu'on est en droit de conserver quelque confiance.

OBSERVATION III

M^{lle} S..., femme de chambre, est atteinte d'une tuberculose ancienne d'un sommet. Depuis quelques mois la voix est altérée et perd graduellement de son timbre.

L'examen du larynx montre la corde vocale droite ulcérée sur son bord dans son tiers postérieur. L'ulcération a des contours légèrement surélevés et un fond gris recouvert d'une sécrétion purulente. Le reste du larynx est indemne.

Avant d'entreprendre le traitement galvano-caustique, la malade est adressée au Docteur Reymond, de Genève, aux fins d'établir un status pulmonaire complet auscultatif et radiographique.

Il s'agit, de par cet examen, d'une vieille lésion apparem-

ment cicatrisée d'un sommet, sans aucune manifestation aiguë actuelle.

Un prélèvement au niveau de l'ulcération envoyé à M. le Professeur Askanazy, donnant le diagnostic de tuberculose, la cautérisation au galvano est pratiquée. Une seule séance suffit à guérir la corde vocale malade. La voix retrouve un timbre suffisant. La guérison se maintient depuis plus d'une année.

OBSERVATION IV

M. R..., artiste de café-concert, vient consulter à la Polyclinique de l'Hôpital Cantonal, pour un grave enrouement qui l'empêche d'exercer son métier depuis plusieurs mois. Toux et expectoration abondantes. Bacilles de Koch en très grand nombre dans les crachats. L'examen clinique aussi bien que la radiographie font voir des poumons ravagés. Lésions caséeuses et cavernes bilatéralement.

Le malade se plaint d'une dysphagie intense. La déglutition de la salive est très douloureuse.

A la laryngoscopie, on voit un larynx dont l'épiglotte, les bandes ventriculaires, les cordes vocales et l'espace interaryténoïdien sont infiltrés et couverts de petites ulcérations. L'aryténoïde droit montre une grosse ulcération. C'est de ce côté que le malade sent une vive douleur à la déglutition.

L'état général étant assez précaire, et la température vespérale aux environs de 39°, étant peu encourageants pour une action immédiate, on pratique plusieurs jours de suite des injections d'huile goménolée, et on prescrit les pulvérisations chaudes de Mermod.

Ce traitement et le repos au lit ayant légèrement amélioré la situation, on cautérise, au galvano, les lésions visibles. Réaction douloureuse très vive les jours suivants, puis notable

amélioration et disparition graduelle de la sensibilité à la déglutition.

Cette intervention procure deux mois de soulagement amenant une augmentation de poids, qui malheureusement ne peut se maintenir à partir de l'apparition d'une récurrence laryngée. La dysphagie se reproduit, et le malade demande lui-même une nouvelle cautérisation qui donne le même résultat que la première fois.

On essaye à ce moment, dès la période de cicatrisation, un peu de radiothérapie légère. Sous cette action, l'état s'aggrave. Il semble que les rayons X ont agi comme un coup de fouet stimulant la marche des lésions tant laryngées que pulmonaires.

Il ne peut être question, dans ces conditions, de cautérisation à nouveau.

Le malade, qui est de nationalité française, ne peut prolonger son séjour à l'Hôpital.

Exeat sous pronostic alarmant.

Aucune nouvelle ultérieure n'est venue renseigner sur l'issue, qui paraît avoir été fatale, de ce cas.

OBSERVATION V

M. S... vient consulter à la Policlinique de l'Hôpital pour une douleur constante au moment de la déglutition.

Le malade a fait antérieurement, il y a quelques années, un séjour à **Leysin**.

Ne tousse pas actuellement. Pas de fièvre. Pas d'expectoration.

En examinant le larynx, on voit une ulcération siégeant sur la face inférieure du larynx. Pour apercevoir la totalité de la lésion, il est nécessaire de se servir du releveur de l'épiglotte.

Prélèvement d'un fragment qui est adressé à l'institut pathologique. Réponse de M. le Professeur Askanazy : *tuberculose forme lupique*.

Cautérisation au galvano-cautère, répétée à deux mois d'intervalle et guérison apparemment complète.

Envoyé le malade à la radiothérapie pour quelques séances de rayons prudemment appliqués (service du Docteur Gilbert).

Le cas reste à observer, bien que constaté guéri après plusieurs mois (janvier à avril 1931).

OBSERVATION VI

M^{lle} C..., 49 ans, Savoyarde, se présente en 1930 à la consultation privée du Professeur Chéridjian.

Otorrhée déjà ancienne de l'oreille droite.

Suppuration abondante à odeur fade et fétide. Vertiges constants.

Parésie faciale marquée, de date récente, qui s'accroît de jour en jour.

D'autre part, cette malade se plaint de vives douleurs de la gorge, qui augmentent au moment de la déglutition.

Elle se plaint aussi de ne pouvoir respirer par le nez, qui reste constamment encombré de croûtes impossibles à chasser par le mouchage.

L'examen montre un pharynx recouvert de haut en bas de surfaces grises irrégulièrement infiltrées et ulcérées.

L'épiglotte, très épaissie, montre un bord rougi et est ulcérée sur ses deux faces jusqu'aux replis glosso-épiglottiques.

L'examen du nez révèle également une muqueuse nasale friable, hémorragique et ulcérée sur le plancher, la cloison et les cornets.

Les poumons sont sains. Aucune toux, aucune expectoration.

Une prise de sang donne un Wassermann négatif.

Des fragments nombreux de prélèvements pratiqués sur toutes les parties du pharynx, de l'épiglotte et du nez malades sont envoyés à l'Institut pathologique.

La réponse de M. le Professeur Askanazy est : tuberculose forme lupique avec tubercules caséifiés.

Malgré le Wassermann négatif et pour parer à l'éventualité d'une syphilis possible, cachée sous ce terrain de tuberculose, on institue un traitement d'épreuve néo-salvarsanique, qui donne un résultat inespéré. Les lésions pharyngées et épiglottiques se modifient très rapidement d'une façon favorable et la dysphagie disparaît. L'amélioration se produit de même dans le nez.

On n'obtient cependant pas la guérison et il apparaît que l'action spécifique du néosalvarsan s'épuise.

Du côté de l'oreille et de la paralysie faciale, rien ne s'étant amélioré, et la situation restant menaçante, un évidement rétro-mastoïdien est pratiqué, qui permet de constater la présence de foyers étendus d'ostéite profonde.

Suites opératoires normales, bien que la paralysie faciale ne subisse aucune régression.

Dès que la malade est en voie de cicatrisation du côté de son oreille, on entreprend le traitement des lésions tuberculeuses du pharynx, de l'épiglotte et du nez.

Plusieurs séances de galvanocaustie à intervalles aussi rapprochés qu'il est possible de le faire, transforment lentement l'état local des parties ulcérées lupiques et soulagent la malade.

En mars dernier, une tendance à l'extension du lupus au vestibule nasal et à l'aile gauche du nez, engagent le Professeur Chéridjian à envoyer la malade à M. le Professeur Du Bois, qui institue un traitement par les Rayons X, dont l'action aboutit à une amélioration locale insensible, mais constante.

Actuellement, cette malade est encore à traiter et à observer.

OBSERVATION VII

Mlle C..., 38 ans, habituée des sanatoria d'altitude, m'est adressée en septembre 1902 par le Professeur Huguenin : depuis deux ans, infiltration des deux sommets et tuberculose laryngée forme infiltrée : ulcération en fer à cheval de la moitié postérieure des cordes vocales et muqueuse interaryténoïdienne ; la paroi postérieure elle-même est notablement épaissie. La malade tousse incessamment, beaucoup plus qu'elle n'expectore, et localise la cause de sa toux dans son larynx où elle ressent des picotements continuels. Galvano-cautère énergique à différentes reprises jusqu'au mois de novembre : ulcérations paraissant cicatrisées, mais les surfaces restent longtemps hyperémiées et rugueuses ; en février 1903, réapparition de l'ulcération interaryténoïdienne et nouvelle série de cautérisations : larynx resté normal depuis un an, voix claire, la toux a presque disparu. A l'auscultation, les craquements humides des sommets ont cessé ; on ne découvre plus que de l'inspiration saccadée, rude et sèche. (Professeur Mermod).

OBSERVATION VIII

Fl... Louis, Savoyard, 43 ans, m'est adressé, en 1897, par le Professeur Zahn, de Genève. Aphonie depuis quatre à cinq ans, compliquée de cornage depuis un an. Larynx comblé de végétations tuberculeuses (examen : Professeur Langhans) altérant profondément l'anatomie de l'organe : glotte réduite des trois quarts, épiglotte saine, paroi postérieure épaissie. Cornage intense, augmentant d'une façon alarmante à la moin-

dre tentative d'intervention ; aussi je renonce aux interventions endolaryngées d'emblée (ce que je ne ferais plus aujourd'hui avec le galvanocautère et l'injection de morphine préalable). Trachéotomie : le décanulement définitif ne peut se faire que six semaines après à cause d'une violente hémorragie artérielle se produisant chaque fois que je veux enlever la canule, et que, à trois reprises, je ne puis maîtriser qu'avec la canule-tampon de Hahn. En mars et avril, nettoyage complet de la glotte à la pince coupante ; en mai, respiration normale, la voix revient peu à peu ; glotte très large. En juin, aucun indice de tissu suspect ; des deux côtés, bandelette cicatricielle blanc rosé, remplissant le rôle de cordes vocales. En 1890, je présente ce beau cas à une séance de notre Société médicale.

J'ai appris indirectement la mort du malade quatre ans après, et j'ignore s'il y a eu récédive dans le larynx (Professeur Mermod).

OBSERVATION IX

M. A..., 36 ans, quatre sœurs mortes de tuberculose ; toujours bien portant jusqu'en 1920. Tombe malade d'une broncho-pneumonie avec pleurésie à droite. Il se rétablit et travaille. En 1921 apparaît, à la partie inférieure droite de la langue, une ulcération qui va en s'étendant jusqu'à son arrivée à Leysin. En 1923, lésion tuberculeuse du poumon droit ; le larynx se prend à son tour : aphonie. Quelques douleurs à la déglutition.

Avril 1924 : le malade arrive à Leysin.

Status : tuberculose fibro-caséuse du poumon droit.

Larynx : aphonie totale ; forte dysphagie ; cornage très prononcé ; infiltration des deux aryténoïdes, principalement du droit, qui est presque immobile et ulcéré par places ; forte

infiltration des deux fausses cordes avec bourgeons charnus ; cordes vocales invisibles ; glotte réduite à une mince fente.

Les galvano-cautérisations énergiques et fréquentes font rapidement disparaître la dysphagie et permettent bientôt une respiration normale.

Janvier 1925 : l'état pulmonaire a légèrement empiré ; le pneumothorax artificiel échoue à cause des adhérences ; le larynx est en voie de guérison. A ce moment, le malade nous signale une ulcération de la *langue* qui, jusqu'à ce jour, était passée, pour nous, inaperçue. *Grosse* ulcération de 3 cm. 1/2 de long sur 1 centimètre de large, à la face inférieure droite de la langue ; douleur d'intensité moyenne ; Wassermann négatif ; examen biopsique : tuberculose. *Trois cautérisations au galvanocautère et au paramonochlorophénol amènent, en l'espace de deux mois, une cicatrisation totale de toute l'ulcération.*

Status à ce jour : les lésions pulmonaires continuent à évoluer. Température : 38° ; larynx paraît guéri anatomiquement, mais la voix reste ventriculaire ; ulcération de la langue entièrement cicatrisée (Docteur L. de Reynier).

OBSERVATION X

Mlle P... (malade du Docteur Burnand), 28 ans, tombe malade en septembre 1922 par hémoptysie ; va à Bligny.

Juillet 1923 : laryngite avec dysphagie et aphonie. Les badiageonnages d'huile goménolée et mentholée pendant plusieurs mois n'amènent aucune amélioration.

Décembre 1923 : arrive à Leysin.

Status. — *Poumons* : Lésion caverneuse grave, active, du sommet droit, foyers nodulaires épars.

Larynx : Infiltration de l'aryténoïde droit, ulcéré à sa face interne, infiltration du repli ary-épiglottique, infiltration de

la fausse corde droite que recouvre toute la corde vocale droite, cette dernière rouge, grosse, est ulcérée dans son tiers postérieur. Aphonie totale. Très forte dysphagie rendant la déglutition pénible. Trois galvano-cautérisations à trois mois d'intervalle amènent rapidement la disparition totale des douleurs.

Juin 1924, soit six mois après son arrivée à Leysin : le larynx ne présente plus aucun symptôme de tuberculose, la voix est et reste normale.

Juin 1925 : quitte Leysin. Ne tousse plus, ne crache plus.

A repris, depuis six mois, sa vie normale et travaille régulièrement (Docteur L. de Reynier).

Conclusion

Comme on le voit par l'étude générale de la question, la tuberculose laryngée reste une affection qui a sa caractéristique de spécificité, mais qui est éminemment protéiforme dans ses variétés.

De ce fait, elle est d'une thérapeutique difficile, parce que non toujours accessible aux mêmes formes de traitement.

Celui qui voudrait appliquer à toute tuberculose laryngée le même mode de faire, s'exposerait à des mécomptes qui l'amèneraient vite au découragement et au renoncement.

Il est certainement des cas que l'aérophérapie en altitude, jointe à la cure de repos, a suffi à guérir. Ceux-là sont les cas heureux où l'abstention chirurgicale a été un bienfait.

Malheureusement les circonstances sont plus souvent moins favorables, et il faut agir. C'est alors que commencent les divergences des thérapeutes, et que chacun développe ses préférences.

De notre examen des différents procédés auxquels nous avons fait allusion, et que nous avons rencontrés dans les observations qu'il nous a été permis de con-

sulter, comme des cas dont nous avons été appelés à suivre l'évolution, nous croyons devoir déduire que la galvanocaustie garde sa valeur de premier ordre, mise en relief de la façon la plus frappante par Mermoud, et que ses disciples convaincus, tels que M. le Professeur Barraud, de Lausanne, et le Docteur L. de Reynier, de Leysin, ont continué à appliquer avec des succès fréquents.

Notre court stage auprès du Professeur Chéridjian nous a confirmé dans cette opinion. Nous avons pu voir, dans certains de ses cas, qu'il a heureusement associé la radiothérapie à la galvanocaustie.

Une de ses observations (obs. IV) nous montre combien le maniement de l'arme que représentent les rayons Röntgen reste délicate à manier.

Pour se décider à l'employer, bien des éléments doivent entrer en jeu :

1° La forme anatomo-pathologique de la lésion, les lésions sclérosantes et végétantes étant plus favorables que les ulcéreuses et les miliaires.

2° L'état général du malade et l'étendue de ses lésions pulmonaires, l'anémie avancée et la cachexie représentant des contre-indications très nettes à une thérapie par les rayons.

3° La prise en considération de la possibilité ou de l'impossibilité dans certaines tuberculoses de créer un pneumothorax, celui-ci étant une condition meilleure de guérison, puisque le résultat immédiat qui en découle est la diminution de la toux et de l'expectoration
- c'est-à-dire l'atténuation de l'irritation du larynx.

L'injection d'huile goménolée intra-laryngée reste un adjuvant et un palliatif excellents.

Si elle ne guérit pas directement la tuberculose laryngée, elle en favorise la cicatrisation au cours d'un traitement principal plus actif.

Elle ne fait, en tout cas, jamais de mal, et c'est là une qualité précieuse dans une affection où une intervention énergique déclanchée d'une façon inconsiderée et à un moment inopportun risque d'aggraver la situation.

Dans le même ordre d'idées, les pulvérisations chaudes de Mermod au phénol et chlorate de potasse, selon sa formule, restent un médicament de choix.

La grande chirurgie (laryngectomie et laryngotomie) n'est pas de mise en matière de tuberculose laryngée.

L'épiglottectomie n'a d'application que dans les cas rares où la lésion est strictement limitée au bord libre de l'organe. La diathermo-coagulation semble devoir la supplanter.

Les topiques locaux à l'acide lactique ou à l'acide trichloracétique restent indiqués dans certaines ulcérations des cordes ou des fausses cordes. Une place à part doit être réservée parmi les topiques à l'huile de foie de morue dont on commence à connaître les propriétés physico-chimiques.

La chirurgie endolaryngée doit être limitée à l'ablation de végétations.

En l'état actuel des choses, l'arme de choix paraît être le galvanocautère.

L'actinothérapie et l'héliothérapie ont à leur actif

de nombreux cas de guérison, mais les résultats les meilleurs semblent obtenus par leur emploi combiné avec la galvanocautérie.

La radiothérapie, encore peu employée en France, a donné les résultats contradictoires qui ne permettent pas d'en fixer la valeur.

Il en est de même pour l'électro-coagulation, sauf pour certaines lésions facilement accessibles (épiglotte); les difficultés d'application en restreignent l'emploi.

L'étherbenzyl a donné quelques guérisons anatomiques, trop récentes pour que l'on puisse les considérer assurées. C'est un adjuvant général et local du traitement.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que la tuberculose du larynx nécessite, pour être traitée convenablement, un doigté tout spécial acquis par une longue expérience.

C'est une affection décevante entre toutes, si le médecin ne possède pas les qualités requises, qui sont le sens du discernement, la maîtrise d'une technique parfaite, la patience et la persévérance dans l'effort thérapeutique.

Bibliographie

AVELLIS. — *Deutsche Medezin Wochensch*, 1891, n° 32-33.

ASKANAZY. — *Ztsch. f. Klinische Medizin*, Bd. 32.

LENNOX-BROWNE. — *Traité des maladies du larynx*. Paris, J. B., Baillière, 1891, p. 376.

— *Transact. of pathol. Soc.*, vol XXVIII. London, 1876.

BLUMENFELD. — *Chirurgie des voies respiratoires supérieures*, 1922.

BRÉMOND (M.). — *Marseille Médical*, avril 1925, p. 657.

CASTEX. — Société de laryngologie de Paris (in *Presse otorhino-laryngologique belge*, février 1911.

CURCHOD. — *Archives internat. O. R. L.*, novembre 1924, p. 1028.

CARTAZ. — *France Médicale*, 1889

— *Archives de laryngologie*, 1889.

Congrès français d'Otho-Rhino-Laryngologie, mai 1913.

COLLET (F.-J.). — *La tuberculose du larynx, du pharynx et du nez*. O. Doin, Paris, 1913.

CHATELLIER-VALLAT et HUDE. — Société O. R. L. de Paris, 12 février 1925, résumé, in *Annales O. R. L.*, avril 1925, p. 434.

- CLIFFORD BEALE. — *Société de Laryngologie de Londres*, 1899.
- SYMONDS CHARTERS. — *Société de Laryngologie de Londres*, 1899.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. — *Annales O. R. L.*, septembre 1923, p. 873.
- DUFOURMONTEL. — *Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Jacobson*. Société Paris O. R. L., janvier 1925.
- ESCAT. — *Congrès français O. R. L.*, 1913.
- ENEIMAS (J.). — *Rev. Espanola de laryngol.*, novembre-décembre 1913, in *Revue laryngologie*, 1916, p. 44.
- FREUDENTHAL. — *Case of tuberculosis laryngitis mistaken for carcinoma laryngosc.* Saint-Louis, 1918, XXXV, 205-207.
- GETCHMANN. — *Ztsch. f. Laryngol.*, 1915.
- GALAND. — XXX^e Congrès Société belge O. R. L., juin 1924, in *Annales O. R. L.*, 1924, p. 1922.
- GOUGENHEIM et TISSIER. — *La Phtisie laryngée*. Paris, Masson, 1889, pp. 76 et 270.
- GRONSBECK. — *Société Danoise O. R. L.*, 1901.
- Sir J. DUNDAS-GRANT. — *Société laryngologie de Londres*, 1900.
- Royal Société of med., 1927, in *The Journ. of laryngol.*, juillet 1919.
- *Fibroma of the vocal cor in the subject on incipient tuberculosis of the laryn.* Royal. Société Med. Section laryngol., 1920 p. 151.
- HAJECK. — Société viennoise O. R. L., janvier 1925, in *Archives internationales*, décembre 1925, p. 1188.

- HERYNG. — *Curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical*, 1888 (observat. 15, 26, 27).
- JAEHNE. — *Zstch. f. Ohrenheilkunden*, Bd 66.
- JACQUES. — *Congrès français O. R. L.*, mai 1913.
- *Archives internationales O. R. L.*, décembre 1921.
- JORES. — *Centrablatt. f. allgem. pathol.*, 1895, vol. V.
- KOHNBOHN. — *Berlin Klini Woschen*, 1876, n° 3 et 4.
- PERCY KILD. — *C. R. Société laryngol.* Londres, février 1894.
- KAUFMANN. — *Traité anat. pathol.*, 6° édition.
- LANNOIS (M.). — *Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, 1908, t. II, p. 623.
- LERMOYEZ (M.). — *Indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée. Presse Médicale*, 1904.
- MANDI (L.). — *Maladies du larynx*, Paris, J.-B. Bailière, 1872, pp. 679 et 688.
- MILLIGAN. — *Société royale de Médecine de Londres, Sect. laryngologie*, juin 1913, in *Archives internat. O. R. L.*, 1924, p. 335.
- MACKENZIE (J.). — *Tubercul. Tumours of the windpipe. Maryland med. Journal*, juin 1882, et *Archives of Med.*, octobre 1882.
- MOURE. — *Traité pratique O. R. L.*, Doin, 1921.
- MEYER. — *Larynx tuberculos. Wirchows, archiv.*, 1901, vol. LXV.
- NEUFELD. — *Berlin Klin. Wosbensch.*, 1903.
- PORTMANN. — *Presse médicale*, 7 février 1920, p. 101.

- PREDESCU-RION. — Société roumaine O. R. L., résumé in *Annales*, 1924, p. 1079.
- PRODA. — Tuberculome laryngé. *Bulletin de laryngologie*, juillet-septembre 1911.
- PIO-FOA. — Di una forma rara di Tuberculosis della larynge. *Archives par la Science med.*, vol. VII, n° 3.
- *Trattato Anat. patholog.*, Torino, vol. VV, p. 41.
- ROLAND (E.). — *Revue de laryngologie*, septembre 1913, p. 273.
- REYNIER (DE). — *Archives internationales O. R. L.*, 1923, p. 577.
- RUEDI. — Observation on the operative treatment of tuberculose of the larynx. *Brit. M. J. Londres*, 1919, I, p. 64.
- SCHNITZLER. — Tuberculose tumoren in larynx. *Wiener Medical Presse*, avril 1883.
- *Congrès international Copenhague*, 1884.
- SCHMIEGELOW. — *Société Danoise d'Otolgie*, 1901.
- SÉBILEAU (P.). — Conseils pratiques pour la trachéotomie. *Paris Médical*, 1^{er} septembre 1923.
- Laryngectomie économique. *Bulletin Société chirurgicale*, décembre 1920, p. 1402.
- SÉBILEAU (P.) et TRUFFERT. — *Le carrefour aéro-digestif, le larynx, le pharynx*. Libr. Louis Arnette, Paris, 1924.
- Société Allemande O. R. L.*, mai 1923, résumé in *Annales O. R. L.*, janvier 1924, p. 94.
- TOBOLD. — *Maladies du larynx*, 1866, p. 74.
- TRAUTMANN. — *Archives of laryngol.*, 12 janvier 1901, analyse in *Revue laryngologie*, 1901, p. 358.

Traité pratique O. R. L., LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE
et SÉBILEAU, 1901.

WERNER. — *Beit. Zur. Keuntnis d. papillom. d.*
Kehlkappes Heidelberg, 1894.

WRIGHT (J.-M.). — *Société royale médicale, Section*
laryngol.

WOD. — Diagnostic et traitement des lésions tubercu-
leuses des voies respiratoires supérieures. *The*
therapeut Gazette, 15 mai 1911.

VAN DEN WILDENBERG. — *Presse Médicale Belge*,
8 mars 1914.

WILMS. — *Deutsch. Med. Wochensch*, n° 6, 1910.

REYNIER (L. DE). — *Laryngologie et phtisiologie*.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Historique	7
Etiologie	9
Pathogénie	11
Symptomatologie	12
Diagnostic	17
Pronostic	22
Contagion et prophylaxie.....	24
Traitement	25
Observations	47
Conclusions	59
Bibliographie	63
